

表6. 一般小児科でできる不登校への対応原則

1. 児への対応

1) 身体面に対して

(1) 身体症状の軽減

①薬物の対症的使用

②症状に関する生活指導

(2) 身体疾患に対する不安の軽減（患児に対する疾病教育）

①深刻な疾患がないことの説明・保証

必要最低限の身体診察と検査は必要

診察・検査結果の十分な説明

(3) 患児の「立場」の尊重

①身体症状の受容

気のせい、精神的なもの、という表現をしない

②心身相関の説明（児の理解できる表現、内容で）

③心理面を強調しない

2) 心理面に対して

(1) 原則

①不登校への直接的介入は、一般小児科での対応範囲を超える

②受診時、児の気持ちがあくせくでも楽になるような対応でよい

(2) 相談意欲の形成・維持

①話しやすい雰囲気作り

「はい、いいえ」で答えられる質問から始める

児の訴えの聞き役に

②共感的な態度で

児の話すことを一度は受け入れる

「あなたはそう感じたんだ。それならつらいでしょう」

(3) 児の気持ちの負担軽減（可能な範囲で、無理をしない）

①以下の内容を伝える

児が一番つらいことを理解している

無理する必要はない

1日でも、今日はよかったと思える日を増やすことを考える

無理

無理によくすることを考える必要はない

今より悪くならないようにだけ心がける

2. 保護者への対応

1) 両親の不安の軽減

(1) 疾患の十分な説明

重大な身体疾患がないことの保証

身体症状は心身症である可能性の説明

(2) 治療方針の説明

身体面への対応はできることの説明と保証

心理面への対応場所の情報提供・紹介

2) 両親の治療意欲の形成・維持

(1) 親の罪責感の軽減

『育て方の問題』ではないことを説明

(2) 親の心労への共感

(3) これまでの親の対応・努力への賞賛

3) 家族の対応方法に関するアドバイス

(1) 共感的態度をとるよう指導

(2) 子どもをがんばらせ過ぎない

(3) 子どもが自尊心を取り戻せるような態度の指導

子どもの言動・考えに対して支持するような態度・言動を

(4) 両親間の話し合いを奨励

ることになる。適切な紹介を行うためには、地域で子どもの心へ対応してくれる場所の情報を持っている必要がある。表7にそうした社会資源の例を載せた。地域にあるこうした機関の住所、連絡方法などを一覧表にしておくとうい。

患児、保護者には、身体面と心の双方を診ていく必要があること、いろいろなところに相談して自分に合うところを探すとよいこと、合わないと思ったら一度で止めてもいいから1回は行ってみること、などの説明をするとよい。

紹介方法は、電話、紹介状のどちらかでよい。

VIII 予後

不登校児の再登校率は平均75%、学校も含め最終的に社会へ適応できるようになる率も70%前後と報告されている。これらの数字は、何の問題もない完全に心が健康な状態への回復率を示しているものではない。社会へ適応できている状態であっても、何らかの精神科的問題を抱えている者も少なくないともいわれている。精神科での長期追跡調査では、成人になった不登校児の半数以上に精神科的問題を認めたという報告もある。ただし、小児科を受診する不登校児の長期予後は、これよりはよい可能性がある。なぜならば、精神科を受診している不登校児は、小児科を受診している不登校児よりも重症あるいは難治の場合が多いと思われる。そうしたことが、精神科受診例の長期予後に影響を与えているものと思われるからである。

いずれにしても、変則登校（保健室登校など）も含まれているにせよ、何らかの形で再登校に至

表7. 不登校の相談を受けてくれる機関

1. 相談機関

1) 都道府県の教育センターの相談窓口

2) 市町村の教育委員会の相談窓口

3) 児童相談所

4) 大学の教育系・心理系学部にある相談窓口

2. 医療・保健機関

1) 保健所

2) 小児心身症、児童青年精神医学の専門医療機関

3. その他

1) フリースクール

る児が4人に3人はいるということは、治療側の対応意欲の維持と心理的負担の軽減につながるものと思われる。また、家族が落胆しないように話すこともできるであろう。

しかし一方では、4人に1人は再登校が難しいということでもある。これも、目の前の患児だけがどうしても登校できないのではなく、そうした一群がいるということを知っていることで、目先の状態に一喜一憂することなく、長期的視点で対応を考えるという姿勢を持つことができるようになる。神経症的な不登校群、特に、不登校以前から対人緊張が強く、経過中に対人不安や被害念慮が出て引きこもってしまう場合予後不良となりやすい傾向があるが、予後不良の要因はまだ明確にされてはいない。再登校に関する予後不良が、将来の社会生活の予後不良と必ずしも結びつくわけではない。再登校不良群の長期予後に関する調査はないが、引きこもりがなく、家の外に出る活動力が保たれている場合には、将来的には通信制高校や大検から進学したり何らかの形で仕事に就き、社会生活を送れるようになることが少なくないようである。

文 献

- 1) 富田和巳. 不登校. 小児科診療 2000 ; 63 : 1488-1492.
- 2) 齊藤万比古. 不登校の病院内学級中学校卒業後 10年間の追跡調査. 児童青年精神医学とその近接領域 2000 ; 41 : 377-399.
- 3) 三好邦雄. 学校不適応(登校拒否)と心身の疾患による不登校の鑑別. 小児科 1999 ; 40 : 1788-1796.
- 4) 山崎透. 不登校にともなう身体化症状の遷延要因について. 児童青年精神医学とその近接領域 1998 ; 39 : 420-432.
- 5) 吉住昭. 施設入院療法を受けている不登校児および心身症児についての調査. 日本小児心身医学会雑誌 1995 ; 4 : 42-47.
- 6) 北村陽英. 中学生不登校. 臨床精神医学 1995 ; 24 : 1385-1391.
- 7) 齊藤万比古. 登校拒否の現状と治療. 臨床精神医学 1993 ; 22 : 533-538.
- 8) 宮本洋, 小泉準三. いわゆる登校拒否症の実体について(DSM-III多軸診断システムの適用). 精神医学 1991 ; 33 : 1343-1350.
- 9) 清水将之, 竹内浩, 奥村透他. 登校拒否に関する疾病学的研究-ICD-10, 1998年草稿より見たいわゆる登校拒否の位置-. 児童青年精神医学とその近接領域 1991 ; 32 : 241-248.
- 10) 井上登生著. 登校拒否(不登校), 吾郷晋浩, 生野照子, 赤坂徹編. 小児心身症とその関連疾患. 東京: 医学書院, 1992 : 393-407.
- 11) 宮本信也著. 小児心身症およびその類縁の状態についての調査(1). - (1)小児心身症の頻度(小児心身症専門施設における), (2)小児心身症の診断とその根拠, (3)小児心身症の背景要因. 厚生省心身障害研究「親子のこころの諸問題に関する研究」平成5年度研究報告書, 1994 : 65-73.
- 12) 提啓, 不登校. 花田雅憲, 山崎見資編. 臨床精神医学講座 11 児童青年期精神障害. 東京: 中山書店, 1998 : 353-365.

(宮本 信也)

11-2 不登校 — 学校保健の立場から —

学校において表出される“心の健康問題”として、その頻度が高く、対応にあたり配慮すべき多くの因子を持つのが『不登校』である。『登校拒否』という、その心理規制を決めつけるかのような表現に代わり、現在はその現象を記述するだけの『不登校』という用語が広く用いられるようになった。児への対応方法やその適応の評価・検討のためにも、表象レベルでの把握ではなく可能な限り精神医学的診断を追究すべきところである。

キーワード 不登校、学校保健、保健室、養護教諭、身体症状、主治医、連携、社会的自立

I. 概要

現在、学校をめぐる行動形態は多様化し、『保健室登校』、『相談室登校』、『適応教室への登校』なども一般化されて来ている。文部科学省の統計によると、長期欠席児童・生徒数は1975年頃より増加傾向にある。中学校では『学校嫌い』の割合がその頃から高くなりはじめ、近年では半数以上を占めるようになってきている。小学校では1985年頃から長期欠席者数が急速に上昇しはじめているようである。

II. 学校保健と不登校

『不登校』という状態はさまざまな背景から生じ得るが、前節にも触れられているように『不定愁訴』と呼ばれるさまざまな身体症状を呈して問題が顕在化されて来ることが一般的である。これは自律神経系の失調状態と考えられ、状況依存的に訴えられることが多く、登校前や学校の特定場面での症状悪化も少なくない。また『症状が学校で起きたら・・・』という予期不安も認められる。

学校においては、以前より『保健』という視点からの対応体制があり、保健主事や養護教諭を中心に、身体疾患や発育を主な対象として機能して来ていた。近年、ここに上記のような身体症状を

呈する児童・生徒がかかわることが増加している。そうした場合、多くの身体疾患や発育の問題と比べ、対応上より長い時間や微妙な配慮が求められることになるだろう。身体症状（不定愁訴）の背景として『心理・社会的要因』が大きい、あるいは深いことが考えられるためである。

これは多くの場合、特に中・大規模校で1校に1人しかいない養護教諭の役割・負担の荷重増大をもたらししている。しかし身体症状という比較的訴えやすい内容で保健室に児童・生徒が訪れるのは、置かれた状況に行き詰まった本人がいわば『第三者』につながりうる貴重な機会でもある。学校保健という視点からも重要な課題であり、『不登校』への対応における保健室や養護教諭の存在の意義もしばしば指摘されている。

しかし学校保健では身体疾患や発育などに関心が向けられることが多く、心の健康問題について対応スタッフ養成体制も十分とはいえない面もある。身近で比較的利用しやすい保健室の存在は、『不登校』への初期対応という点からも意義があるが、それだけにさまざまな深さを持つ『不登校』が対象となるだろう。こうした条件の下で、学校保健機能をより有効に活用するには他の専門機関との連携が肝要となるだろう。

III. 関係機関との連携

連携対象としては、医療機関や福祉機関、あるいは司法機関などであろう。ここでは、『不登校』という問題の性質上、医療機関と福祉機関について触れてみる。

医療機関としては、身体症状を訴えていることから、一般小児科や脳神経外科あるいは消化器内科など、その症状に応じた受診が考えられるだろう。ただ自律神経系の失調症状は多彩で、複数の医療機関受診は本人や家族にとって不安や負担が過大となりかねず、しかも何ヶ所かで異なる対応をされたり、苦痛をともなう検査を繰り返されたりということも生じやすい。結果的に、『もう医者にはかかりたくない』『病院に行っただけでいい』『もう医者にはかかりたくない』『病院に行っただけでいい』といった否定的感情を生み、本人が第三者につながり得る貴重な機会を逃すことにもなってしまう。また、『どこも悪くありませんよ』といった型通りの検査説明が、保護者の『やっぱり仮病だ』『単なる甘えではないか』、といった否定的刺激を助長したりもしかねない。

受診先を紹介したり示唆したりする学校保健の側としては、小児科を中心に、そこがいわば『主治医』として機能していくことが望ましいと考えられる。できれば心理・社会的因子を配慮した対応をしてくれる医療専門家がより望ましい。実際、校医にそのような小児科医師がいることはまれであるため、より多くの小児科医療機関がこうした機能を意識していただきたいものである。また受診前後の連携としては、最小限の情報交換は必要であろう。もちろん、守秘義務などプライバシーの問題も絡んで来る。本来、家族、学校関係者(担任や養護教諭、相談員、時に管理職)、医療専門家の三者同席での対応検討・役割分担が望ましいものと考えられる。しかし、こうした時間設定や関係者の参加は実際的には限度がある。結局こうした困難さが、『不登校』という、いわば背景因子の複雑な問題に対応することの困難さ、あるいはその子の気質や生育環境をめぐる背景因子の深さや問題行動・症状の悪循環にも関連しているの

であろう。

さて『不登校』への対応を考える時、本人の身

体症状や不安の緩和とその子なりの発達・社会的自立の保証という、時に矛盾しかねない二面が意識される必要があるだろう。たとえば過剰適応傾向の強い生育歴や不安、うつ、強迫などの精神症状を認めた場合、後者の視点は一時保留することは当然であろうが、本人と保護者との安定した関係がなんとか成立すれば、後者を意識した役割分担が早期に必要なだろう。その子の社会的自立を意識した対応方針の確認が、家族の不安解消、ひいては焦らずに本人との安定した関係を作っていくためにも肝要である。これは『学校保健』という視点からも欠かせない方向性と考えられる。

次に、家族関係が複雑・困難な背景を持つ場合、児童相談所(以下、児相)などとの連携も重要である。児相は、18歳未満のすべての児童が『心身ともに健やかに育つ』ことを目的とした、児童福祉法15条に基づく行政機関である。発達障害や虐待あるいは非行だけでなく、不登校やいじめなどの相談も受けている。特に『不登校』でその背景因子として家庭の問題が大きい場合、その措置権も含め、短期入所や通所などの機能や心理士の存在を意識しておきたい。家庭の保護機能崩壊・不全(本人が家族を強く拒否している場合なども含め)状態の場合など、児相との連携は有用であろう(詳細は総論6を参照)。

IV. 医療機関と学校保健

子どもが身体症状(不定愁訴)を理由に医療機関を受診する時、多くは保護者(母親)が同伴している。どんな経緯で受診に至ったかにもよるが、対応する側としては、まず本人の訴えに向き合うことから始める。特に保護者の焦りや本人への否定的感情が認められたり、本人の態度に不本意な感情やうつ気分を感じ取れるような場合、さりげなく、時には毅然と保護者を外し1対1で話すような対処も有用であるだろう。

一方、その子の不登校状態の背景であり大きな因子でもある家庭や学校抜きには、有効な対応はできない。医療はそこに直接介入はできないため、それらを担う方々と連携するしかない。その場合前述のように、その子の状態や症状の緩和とその

子の発達、社会的自立の保証とが、ともに必要である。医療専門家としては前者に関心がいきがちで、短時間で強く家族を説得したり学校関係者に指示したりという傾向がある。連携というより、『医者の話はとりあえず聞いておく』といった関係になっていることも少なくない。保護者、そしてその了解のうえで学校関係者にも症状や背景を説明し、症状・状態の緩和策（環境調整や薬剤）だけでなく、いつどのように誰がその子への刺激、いわば社会的自立へ向けた働きかけや関係性設定をするのかを確認・検討しておく必要があるだろう。その場合、説得ではなく納得を得るには、やはり1時間は要するであろう。また具体的対処は個々の条件により異なり、『調整』的対応を日常的に担う保護者には相当な負荷がかかるため、心理士による対応も有用であろう。

いずれにしても、こうした機会を誰が主催しどこで行うのが妥当かは、それぞれの地域の条件で合わせていくしかないだろう。たとえば医療専門家がかわるとすれば、時間的制約からその医療機関の予約外来などで実施ということになるだろう。特に児童精神科や小児心身症専門外来においては、さまざまな限界はあるが、最小限そうした動きが可能な体制作りが必須であろう。

V. まとめ

『不登校』という状態は、その子が育ち社会的に自立していくにあたり、学校という『場』を利用し難くなっているという事態も意味している。保護者がパニック状態になることも故なきことではない。以前に比べれば減りつつあるが、不安・焦燥を背景に結局は『皆と同じことをやってくれれば』という、自らの不安解消のための強権発動も少なくない。そこは冷静になってもらうにしても、その子なりの社会的自立を保証・支援するのも周囲の義務である。その子自身も相当な不安・焦燥を感じており、ここに悪循環が生じやすい素地がある。

学校保健という視点からは、学校の持つ社会的機能を活かすことを意識した対応をしていくことになるが、その子の症状・状態への診断（軽度の

発達障害も少なくない）抜きには悪循環や追い込み（孤立化）さらには行動化を助長しかねない。学校保健と医療機関との連携が重要であるが、その場合やはり相互交通性があり、負の情報も伝えられるような連携作りを意識したい。

現在は、学校が通常的に利用できなければ前述のさまざまな登校形態や民間のフリースペースなどが活用できる。『不登校』が以前よりもストレスの表出型となりやすくなっている文化状況や生活習慣の在り方を考えると、そうした資源につなげることも視野に入れた学校、医療関係者そして保護者の連携が常に意識されるべきであろう。

最後になるが、『不登校』で特に困難なのは、本人が受診を拒否し学校関係者とも会わないというような場合である。いわば二次負荷も含め追い込まれ、大人一般への拒否感が強かったり、強迫やうつを呈しているような状態が考えられる。『治りたくもない』『心を触れられたくない』『どうせ同じことを言われる』といった発言も聞く。このような場合、医療機関や学校保健関係者にどのようなつながりは、持っている資源や経験を総動員して工夫していく（家庭教師派遣、メンタルフレンドつなぎ）しかないが、本人抜きでも対応のための『場』設定は可能で、周囲が変容し得るという意味がなくはない。保護者と学校保健関係者や医療専門家との窓口は最小限維持しておきたいものである。

文 献

- 1) 富田和巳. 不登校. 小児科 2001; 42: 1511-1518.
- 2) 衛藤隆. 内科医が知っておきたい小児科学最近の話題. 11 “小児科からみた不登校” *Medicina* 1997; 34: 2239-2241.
- 3) 特集「不登校と小児科医」. 小児内科 1996; 28(5).
- 4) JSPP編集委員会編. 学校における子どものメンタルヘルス対策マニュアル. 第1版. 東京: ひとなる書房, 2001.

(衛藤 隆, 鈴木基司)

12

心の発達への
配慮が必要なその他の諸問題

この項では子どもの発達段階や慢性疾患児・障害児など、子どもや家族のあり方に対して、特に配慮が必要と思われる諸問題について、取り上げる。

12-1 乳幼児の心の問題

乳幼児は、子ども自身もって生まれた生物学的な素因を基礎とし、環境から刺激を受けて、自立に向かって著しく発達していく過程にある。その心の問題を考える場合、子どもが生物学的にどのような個性を持つのかという観点と、人とのかかわり合いの発達の基盤作りの時期であるという観点が必要であろう。乳幼児の家族を、家族としての発達の初期段階であるにとらえ、各地域の子どもに関する種々の機関とのネットワークの中で、子どもと家族とを支援していくことが重要である。

乳幼児、習癖、指しゃぶり、性器いじり、攻撃性、夜泣き、育児困難、育児不安、育児相談、気質

I. 習癖

多くは文字通りの単なる「癖」と考えられ、偶然にはじまりしばらく固定した後、自然に消失する。一部に、心理的背景、特に不安や不満が存在することもあるが、神経症的な背景を持つものはほとんどない。

習癖を引き起こす要因と持続させる要因は、同一のこともあるが別々のことが多い。また持続させる要因がなくなっても、癖として残っている場合も少なくないことに注意しなければならない。

1. 指しゃぶり

好発年齢は3ヶ月～5歳で、3歳児の20%弱に見られる。乳時期に見られるものは、吸啜反射を契機に、乳時期の口唇感覚優位性を背景に習慣化すると考えられる。2歳以降のものは、手持ち無沙汰、不安、不満、緊張感を契機に、本人の内向的な性格傾向を背景として習慣化するものが多い。多くは自然に消失するが、周囲の対応が不適切な場合や強い不安や緊張がある場合には、遷延化することもある。

対応として

①基本的には放置。長引く場合、弊害として指の

「吸いだこ」や「歯並びの異常」が考えられる。

3歳までに消失すれば、歯並びの心配もない

- ②叱責や注意はしない
- ③特定の状況と症状の間に関連性の認められる場合は、その状況の調整
- ④遷延化するもの、年長で出現したものでは、心理的要因を積極的に考慮する

が挙げられる。

2. 性器いじり

男児に多く（男：女 2：1）、3～6歳が好発年齢で、3歳児の8%、学童前半の2～3%に発生。

湿疹やおむつかぶれによる痒みや不快感、手持ち無沙汰などを契機として、偶然に習慣化するものがほとんどである。学童後半期までにほとんど消失する。

対応としては、

- ①叱責してはならない
- ②湿疹など、局所的問題のチェックと治療
- ③性器いじりを見た時は軽く注意し、他の遊びや作業・行動に誘導する

が挙げられる。

II. 暴力をふるう子

子どもの過度の攻撃性は、厳しすぎるしつけ、甘やかしすぎ、嫉妬、拒絶、母親の疲労、父親の不在などを背景とした子どもの精神不安定の兆候であることが多い。また子ども自身の過度の疲労、空腹、寝不足、退屈な状態で発生しやすい。攻撃的な行動への対処は、それらの行動の頻度が少なければ少ないほどよい状態であると見なしつつ、その背景にある問題に対して対応すべきである。また、テレビ、ビデオなどで多くの暴力シーンに接している児童は暴力的になりやすいため、養育者は、子どもの見ているテレビ番組について適当であるかどうかの判断をする必要が出てくる。

子どもは、家庭で他人と仲良くすること、善悪の判断、そして、子ども自身でけんかを治めることを学ぶ。大人がちょうどよい頃合の介入を見つけることは難しいが、重要である。

III. 夜泣き

赤ちゃんの泣きと対応することは、育児において大きな部分を占める。

赤ちゃんの泣きに関しては、生後7週間までの赤ちゃんの泣く時間は平均的には約2時間であるが、48分から4時間までと個人差が大きいという研究がある。また泣き声に関しては、痛みに関する泣き声は空腹によるものよりもかん高く、持続時間が長く、高い音で始まりしだいに低くなるという。（空腹では、低い音で始まり、いったん高い音程に上昇した後再び低い音に変わる。）

夜泣きに対しては、治そうとあせるよりはうまくつき合うことを援助することが大切である。好発年齢は6～11ヶ月で、一般に3～12ヶ月児で1週間に3日以上のは、約20%前後である。症状は激しい啼泣以外はなく、1歳を過ぎると急激に改善し、3歳過ぎにはほとんどない。

対応としては、

- ①両親への十分な説明
- ②両親、特に母親の育児疲労への共感

母親は睡眠不足となり、罪責感を持ち育児ノイローゼ的な状態になっている時があるため、精神的なサポートが大変重要。

- ③原因と思われる要因の除去

空腹、ミルクの飲みすぎ、排泄にともなう不快感、痛み、寒さ、暑さ、筋肉の疲労と痛み、夜間哺乳の習慣など。

- ④薬物療法

母親の精神的な疲労が大きい場合は、抗ヒスタミン剤などの薬物療法を行う。

などが挙げられる。

IV. 育児困難

母親の心の健康を考えることは、母子相互関係の観点から、乳幼児の心の健康を考えるうえで最も重要な項目の1つである。子育てにおいて問題が起こる要因として、前川は表1に示す要因を挙げている。中でも、養育者の孤立化が最も重要な問題である。

母親の育児不安は、経験・知識不足を背景とした了解可能な正常範囲の状態と、さまざまな要因を背景として抑鬱状態を代表とする神経症的な状

表1 子育てに問題が起こる要因

1. 親個人の病気および弱点
 - ①10代の妊娠・母親
 - ②慢性の身体的・精神的疾患
 - ③知的障害
 - ④教育の欠陥：無知・迷信など
 - ⑤人間的未成熟：養育態度不良、親としての責任・自覚の欠如
 - ⑥人格の障害
 - ⑦アルコール・薬物の濫用および中毒
2. 経済的貧困・社会的孤立と不穏な夫婦関係
 - ①経済的貧困：失業、アルバイト、フリーター、不定期就労
 - ②父および/または母不在：母子家庭、父子家庭、両親不在
 - ③不穏な夫婦関係
 - ④社会的孤立：周りに子育てを支援してくれる親戚や友達がない
保健所や福祉事務所などの支援を受けていない
3. 子育てにおける過剰負担
 - ①慢性疾患または障害児
 - ②大家族
 - ③多胎
 - ④気むずかしい子ども
 - ⑤家族に重症疾患

態がある。後者の要因として、マタニティーブルー（出産直後から1週間頃までに出現する一過性の気分と体調の障害。日本では約30%）、産後うつ病（出産後数週間から数ヶ月以内に出現。日本では、10~20%）なども考慮されるべきである。これらは、母親の著しい自責感や自己評価の低下をまねく。また、子育てにおいて養育者自身の生い立ちをめぐる無意識の感情がわき（世代間伝達）、時には否定的な形をとり、極限状態となって児童虐待につながるということが知られている。

対応の基本として、育児疲労を十分受容することが第一である。さらに子どもの発育・発達の多様性に関して、母親が認識を深めていくことを援助する。

具体的には

- ①子どもの発達段階や成長に関する説明
- ②気質（活動性、規則性、順応性、機嫌などの行動特徴）の理解
- ③病気と生理的範囲に関する説明
- ④家族内の育児体制の調整
- ⑤保健師等地域の育児支援サービスの活用

などを行う。

V. 育児相談

小児科医は、子どもの健康な発達の支援において重要な役割を担っている。

養育者の相談に応じ、

- ①医学・生物学の専門性に基づいて情報を丁寧に提供・説明する
- ②養育者とともにその子の状態を理解・洞察する。
- ③養育者がわが子に関して判断していくことを援助する
- ④主治医と家族との信頼関係を他の育児支援にうまくつなげていく

ことが挙げられる。

各地域の保健所・保健センター、幼稚園、保育園、児童相談所、養護施設などの子どもに関する種々の機関において、電話相談、子育て教室、個別相談など、種々の形式で相談事業が実施されている。これらのネットワークの中で育児の問題に対応していくことは、子どもと家族の発達過程をよりよく支援していくことにつながる。

文 献

- 1) 宮本信也. [改訂] 乳幼児から学童前期のこころのクリニック 臨床小児精神医学入門. 財団法人安田生命社会事業団 1992.
- 2) 馬場一雄. 続・子育ての医学. 第1版. 東京: 東京医学社, 2000.
- 3) Dorothy Bolding and Marc A. Forman. Impact of Violence. Chapter 37 in Nelson's Textbook of Pediatrics, 14th Edition. Philadelphia: Behrman and Kliegman (Eds) W.B.Saunders Company, 1995:112.
- 4) 渡辺久子. 母子臨床と世代間伝達. 東京: 金剛出版, 2000.
- 5) 吉田敏子. 母子と家族への援助. 東京: 金剛出版, 2000.
- 6) 前川喜平. 子どもの心-育児相談におけるかかわり方. 小児科臨床 2001; 154: 1124-1129.
- 7) 高岸由香, 宅見晃子, 稲垣由子他. 乳幼児の自律機能・行動上の問題・気質と親の養育態度の関係. 小児の精神と神経 1996; 36(4): 305-325.
- 8) 奥山真紀子, 床司順一, 帆足英一編. 小児科の相談と面接. 東京: 医歯薬出版株式会社, 1998.
- 9) URL: <http://www.nhk.jp/kosodate/>
- 10) 稲垣由子. 人とのかかわりの中での子どもの育ちとその理解, 寺見陽子編著. こころを育てる人間関係. 2001: 155-159.

(岡田(高岸)由香)

12-2 思春期の心と身体の問題とその対応

思春期は、身体的な成長のスパートと、第二次性徴の出現により内分泌系の変化にともなう身体像の変化が生じる時期であり、子どもにとっては自らの身体的な変化に適応するだけでも大変な時期である。また身体の変化のみならず、心理・社会的な側面からもさまざまな矛盾に満ちた時期であり、その心理も独特な特徴を示す時期でもある。一般小児科外来で思春期の子どもと上手につき合うためには、この時期の子どもの心の特徴に留意し、適切な対応を我々医療スタッフが取ることが思春期の子どもを早くつかみ、心と体の問題の早期解決に必須であると考えられる。この項では、その心理的特徴と思春期の子どもへの適切な対応法について、ポイントを述べることにする。

思春期の心理的特徴、自己肯定感、症状・問題行動という切符、見捨てられ不安、行動化、思春期心身症患者との付き合い方

I. 思春期の特徴とその背景

1. 体の成長と大人に対する行動（言動）の変化

思春期は乳幼児期に次いで体の成長が激しく、第2次性徴の発現など身体像の変化も著しい。体の成長は低い視線をより高い視線に変え、外界や大人に対する見方も変わり、大人という存在に対し個人や集団の力で対抗し得る体力や知力を身につけていく過程であり、大人に対する言動や態度に対しても新たな選択肢を選ぶようになる。

2. 自己肯定感の低下

今までは、毎年その発達や達成を家族や他の大人達から容易に誉められることで自分自身の存在感を確認し自己肯定感を得られたが、この時期に入ると1人で大方のことはできるようになり、従来の方法では賞賛を得ることは不可能となる。したがって、自分自身の存在感を認識しにくくなり、自己肯定感が低くなる。その結果、受験やクラブ活動、さまざまな習い事など付加価値を身につけることに力を注ぐ。それが得られないと、挫折感と絶望から反（非）社会的行動化へと結びついたりもする。また、成長による格差が起きやすい時

期でもあり、他人と比べて劣等感を持ちやすい。

3. 自他境界の曖昧さ

自意識も高まる反面、自分の存在を希薄に感じたり居場所を求めたりするのは、自他境界という自分の存在と他人の存在との境目が曖昧になりやすいためである。したがって、自己臭妄想や自己視線恐怖などをともなう思春期妄想症の発症や統合失調症などの発症がこの時期に多いこともうなずける。

4. 自立と依存のトロッコモデル

社会に出ていくステップを登っていくことは、親から離れ1人で行動したいという自立心といつまでも甘えておきたいという依存心の対極を形成し、ちょうど手押しトロッコのように、両者に互いに振れながら前進していく時期である（図1参照）。自立心が強ければ、より依存心も高まる。ころころ変わる態度と言動に周囲は戸惑うだろう。健康な思春期の子どもは、この依存、自立のパターンを上手に反復させ、前に進んでいる。しかし心身医学的な配慮の必要な子どもは、これがどちらか

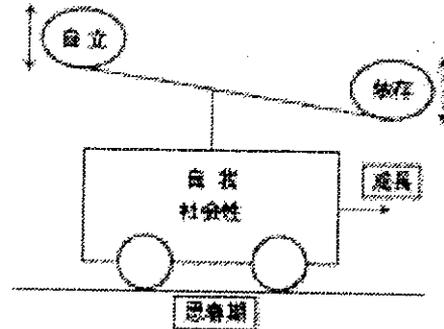
に傾いたままで止まっていると思われる。これがどちらに振れて止まっているのか正確に判断し、援助していく必要があると思われる。

5. 矛盾に満ちた思春期

経済的な欲求、性的な欲求は高まるが、同時にそれを得る手段からは遠ざけられるという矛盾に満ちている。さまざまな事柄に対する不安を誰かに相談したいと思っているが、信頼できる大人や年長者の相談相手を見つけにくく、学年を越えた人間関係も希薄である。大人からも、ある時は子どもとして、ある時は大人として身勝手に扱われやすい矛盾をはらんでおり、本当に矛盾に満ちた時期である。

6. 心身相関

この時期は、心身のバランスが容易に崩れやすい時期である。心の問題が身体に現れたり、体の問題が心に深く影響したりという心身相関が生じ、症状・問題行動という切符を携えて思春期の患者は診察室を訪れる。この時が、ひょっとすると初めて信頼できる大人に会えるチャンスかも知れない。



(文献2)より引用 河野 2001)

図1 自立と依存のトロッキモデル (河野)

II. 思春期の心身症患者と上手につき合うポイント

1. 思春期の患者は自分の意志で受診することが少なく、家族の意向である場合が多い。そのため初診時点では、どうして受診したのかもよく分からないことも多い。受診動機を明らかにしたうえで、新たに家族と患者のニーズを把握し診療を行うのが基本である。
2. 思春期は秘密を重んじる時期でもある。信頼関

表1 思春期心身症患者の特徴とその診療での対応

- ①自分の意志で受診することが少なく、家族の意向である場合も多い
受診動機を明らかにした上で、新たに家族と患者のニーズを把握し、面接を行う
- ②大人に対しての不信任を持ちやすい
信頼関係を深めていくために、守秘義務についても最初に触れておくことが大切
(生命に関わる場合や重大な犯罪に巻き込まれる危険のある場合はこの限りでない)
- ③過度の期待感や失望感を持ちやすい
こちらの治療の限界も示し、患者と家族の納得を得ること 専門機関の紹介
- ④投げやりな態度や大人への試しが多い
質問に対して、「ふつう」「別に」という言葉をそのまま受け取らず、1歩踏み込んで、「君の普通を教えて欲しいんだ」と言うことが大切
- ⑤思春期患者は見捨てられ不安や周囲を巻き込んで行動化しやすい
治療の枠組みを明確に作る、同情や好意ではなく、治療的視点を忘れない
前向きな発言に対し十分な反応・不適切な発言は中立的な態度を意図的に取る
- ⑥学校や家族などとの人間関係の中での心理的ストレスが多い
家族と学校などへの対応・環境調整を積極的に行う
患者情報を家族、学校に伝えるときは、患者とその範囲を協議

(文献2)より引用 河野 2001)

係を深めていくために、守秘義務についても最初に触れておくことが大切である。ただし、患者自身の生命にかかわる場合や重大な犯罪に巻き込まれる危険のある場合はこの限りでないことも話しておく。

3. 過度な治療者への期待感やその反動からの失望感を持つことが多いため、こちらの治療の限界を示し納得を得ることや、専門機関を紹介することも大切なポイントである。
4. 思春期の患者は、それだけでなく大人に対しての不信感を持ちやすく、投げやりな態度や言動で治療者を試すことも多い。質問に対しても、「ふつう」「別に」という言葉が返ってくることも多い。それらの言葉をそのまま受け取らず、1歩踏み込んで、「君の『ふつう』を教えて欲しいんだ」ということが大切になる。
5. 思春期の患者は見捨てられ不安を持ったり周囲を巻き込んで行動化したりしやすいため、治療の枠組みを明らかにし、決して同情や好意のみで対応せず、治療的視点を忘れないことが大切である。また相手の訴えに対しても、こちらが無意識に体を乗り出したり反応を強めたりすると、そのことを強く訴えれば相手の注意が引けることを学習し、行動化を招く結果になることもある。前向きな発言に対しては十分な反応を、不適切な発言に対しては中立的な態度を意図的にとっていくことが、治療上必要である。
6. 家族や学校などでの人間関係の不安定さが心身

症の発症や増悪に関与することも多いため、対応が必要だろう。多く診療の場で、「仮病」や「気のせい」という言葉で傷ついたり諦めたりしていた患者や家族に出会うことがある。心身症は身体的な病気という点を強調したうえで、心理社会的な要因について増悪因子や誘発因子となっていることを考慮し、その悪循環を断ち切るべく環境調整を行っていくべきである。また守秘義務とも絡み、どこまでの情報を家族や学校に明らかにして対応するかを、本人から承諾を取ることも大切である（表1参照）。

文 献

- 1) 河野政樹著. 小児心身症の診断面接法, 清水凡生編. 小児心身医学ガイドブック. 第1版. 京都: 北大路書房, 1999: 50-57.
- 2) 河野政樹著. 思春期の医学—7心身症, 清水凡生編. 総合思春期学. 第1版. 東京: 診断と治療社, 2001: 173-180.

参考サイト

- <http://plaza25.mbn.or.jp/kodomokokoro/>
DR.Kの子どもの心と体のホームページ
- [http://www02.u-page.so-net.ne.jp/xa2/shiny/Pages/Frameset.html?="](http://www02.u-page.so-net.ne.jp/xa2/shiny/Pages/Frameset.html?=)
子どもは友だち
- <http://www2.gunmanet.or.jp/Akagi-kohgen-HP/>
赤城高原ホスピタル

(河野 政樹)

12-3 慢性疾患児と心の問題

医学の進歩により、慢性疾患児の概念は変化している。本稿では長期入院、長期服薬、痛みをともなう検査、死に対する恐怖、スクリーニング検査の心理面への影響、家族との分離など慢性疾患児の臨床上、配慮すべき点について概説する。慢性疾患児の心の健康のために予後を含めた正しい社会認識の普及と、患児および保護者への十分な説明と支援が必要である。

キーワード

小児、慢性疾患、スクリーニング検査、入院、心

I. はじめに

慢性疾患児の概念は近年大きく変化し、現在では、完全寛解期にある白血病などの血液疾患、糖尿病、肥満、先天性心疾患、慢性腎疾患など、以前は考えられなかった疾患児が加わっている。したがって、その人数も疾患の種類も著しく増加していることになる。これら慢性疾患児は長期通院、長期服薬、痛みをともなう検査や治療、入院による家族からの分離、さらには死の恐怖など、さまざまな精神的負担の要因を抱えている。このような状況下で、慢性疾患児の心身医学的研究は十分なされるべきであろうが、いまだ極めて少ないのが現状である。慢性疾患児の心身症に特有の症状はなく、一般の心身症臨床に準ずるものと考えられるが、慢性疾患児では症状に表れるほどの段階に至らなくても、多かれ少なかれ心に何らかの傷を抱えていることが多いため、慢性疾患児の診療にあたる者はそういった点に配慮すべきであろう。

II. 慢性疾患児の不安

慢性疾患児の心の問題の一端を検討するために、子どもが持つ不安の調査を行った。その結果、学習不安（一般的に学習に対する不安）がてんかん児に多く見られることが明らかとなった。白血病児にも多いという報告もあるが、これは再発予防のための頭部放射線照射の影響を心配するための

不安であろうと考察されており、このことを勘案すると、てんかんが中枢神経疾患との認識や、長期にわたる中枢神経へ作用する薬剤を服用していることについての心配などが、学習不安を引き起こしているものと考えられる。喘息発作で学校を休みがちな喘息児には、学習不安は見られなかった。これに対し、低身長児では孤独不安（家族、友人と離反する不安）が多かった。低身長によるコンプレックスから多くの友人を作れないためであろうと思われるが、毎日自己注射をする痛みについての恐怖不安（死や疾病による将来への不安）は少ない。恐怖不安は圧倒的に腎臓疾患児に多い。この群に属する患児はすべて予後良好と考えられる無症候性血尿児で、医学的には恐怖を感じる必要は全くないと判断されるものである。それにもかかわらず恐怖不安が高いのは、世間一般の慢性腎炎への認識が不治の病であるということに起因するものであろう。これらと対照的に、喘息児で恐怖不安をもつものは少ない。呼吸困難をしばしば経験するにもかかわらず恐怖不安が低いことは、生命への危険が少ないとの認識であろうと思われる。また、完全寛解期にある白血病患児には不安は少なかった。

慢性疾患児の臨床に関しては、予後を含め正しい社会認識を一般化するための広報を行うこと、疾病児および保護者へ十分な説明のなされること

が要求される。

III. スクリーニング検査の影響

慢性疾患の中には、理学的に著変を認めない状態で早期に種々の検査によって病変を発見し、予防、治療などを講じることによって生命に危険が及ぶ前に救うことができるものが多い。その目的で開発されたのがスクリーニング検査である。新生児期のものから成人期に至るまで多くの検査が臨床応用され効果を上げている。

スクリーニング検査として3歳時から高校時代まで広く行われている「学校検尿」について、患児とその保護者が尿異常を指摘された後にもつ意識について調査した。尿異常を指摘された際の不安は、医療従事者の予想をはるかに上回るものようである。保護者の大部分が不安を感じており、「間違いではないか」とか「間違いであればよい」などとさえ思っている。「慢性腎炎」すなわち「死の病」という認識がこのような不安を引き起こすのであろう。現在の腎臓病学の常識が社会的に十分普遍化していない一面であるが、学校検尿についての広報が不十分であることを示す証左でもある。この不安を裏付けるように、尿異常を指摘された際、多くの者が尿異常について調べたり、聞いたりしている。

保護者、尿異常児のフォロー中の不安は、全体的にはやはり疾病自体の予後が不良であるという心配に基づくものが多い。腎疾患について情報を得たいとする希望が保護者、尿異常児ともに多い。進学、就職に関する心配も多く、予後が良好と考えられる無症候性血尿と診断されている者にも非常に多い。子どもの結婚についても多くの保護者が心配しており、女兒の場合、妊娠、出産が無理

だと考えている保護者が、無症候性血尿についてさえかなり見られる。

医療機関における継続診療によって不安は軽減していくという報告が多いが、子どもの中に毎回の検尿結果を気にする者が多く、潜在意識としては不安が依然残っていることを示していると思われる。継続診療が子どもに不安を与えている。また、親の不安は育児態度へも影響し、過保護傾向になる者が多い。

IV. 母子分離の子どもの心に及ぼす影響

慢性疾患児は多くの場合、入院によって母子分離を経験する機会が多い。低年齢において母子分離を経験した幼児について、その子どもの心に及ぼす影響について検討した。母子分離を経験した子どもは、「知らない人の前でひどく恥ずかしがる」「先生や保母さんにいつまでもなじまない」「ぐずぐずして何事にも手間取る」「腹痛をしばしば訴える」などの異常行動の出現率が極めて高い。また性格特性についても、顕示性、依存的、退行的、攻撃・衝動的な行動が多く、個人的にも社会的にも不安定であることが示された。患児の心の問題のみでなく、QOLの観点からも、入院治療はできるだけ避けることが望ましいと思われる。

文 献

- 1) Perrin, J.M. et al.. Psychosocial risk of chronic health conditions in childhood and adolescence. *Pediatrics* 1993;92:876.

(清水凡生)

12-4 障害児と家族をとりまく問題

障害児の身体症状が慢性反復性に見られる時は、その症状を裏付ける器質的所見の有無にかかわらず、背景要因として心理社会的ストレスが関係していないかどうかを考慮する。

症状が一般小児科的治療で治りにくく、本人や家族のストレス状況が続いていると考えられる場合、心身医学あるいは発達障害の専門家への相談が必要である。

一方障害児の家族や同胞のメンタルヘルスも重要な問題である。必要に応じて、家族のカウンセリング、レスパイトケアなど各種福祉サービスの利用を行う。この場合の窓口は児童相談所や療育機関である。

障害児、発達障害、肢体不自由、療育、家族、障害児の同胞、メンタルヘルス、ストレス、レスパイトケア、福祉サービス

I. はじめに

子どもの障害もその家族が感じていることも、実際にはさまざまであり、まとめて議論することは難しい¹⁾。ここでは「障害児」を、発達障害（知的障害、自閉症など）と肢体不自由（脳性麻痺、筋ジストロフィー症など）の両方を含むものとし、一般的な問題について述べる。

II. 障害児の心身医学的問題

1. 一般小児科医を受診する際の主訴

子どもの状態により種々の主訴がある。

2. 心身症と言えるものがどのくらい含まれるか

障害児が心身医学的問題や行動上の問題を合併する頻度は、一般より高いことが指摘されている。その理由は、心理的ストレスや思春期のさまざまな衝動などを自分で適切に発散する手段に乏しいこと、コミュニケーション能力障害のために、問題行動や身体症状があたかもコミュニケーション手段のようになってしまうことなどである。

長らは、肢体不自由施設入所児 73 名を対象として心身医学的背景を持つ身体症状や問題行動の出現頻度を検討し、それらの症状の出現率が一般小

児より高いと述べている。この報告によれば、入所児の 34.2% が心身医学的背景を持つ身体症状ならびに問題行動を合併していた。その内訳は、消化器症状や睡眠障害などの身体症状が 12.3%、自傷、他害行動が 17.8%、その他の問題行動が 13.7% であった²⁾。

ここで重要な点は、行動の問題は周囲にとっての「問題行動」であることが多いために指摘されやすいが、身体症状はその背景に心理的ストレスがあることを見過ごされがちなことである。したがって障害児に何らかの身体症状が見られる場合、それを裏づける器質的または機能的所見があってもなくても、背景要因としての心理社会的ストレスの有無や程度について十分考慮するべきである。

3. 理学的所見

心身症の場合、理学的所見は各疾患の項参照。

4. 診断基準および評価方法

以下の場合、症状の背景に心理的ストレスが関係している可能性を疑う必要がある。

- ① 特定の身体症状が慢性反復性におこる（心身症の可能性）、あるいは多彩な身体症状があり、症

状を裏付ける器質的所見に乏しい（身体化障害～ヒステリー症状の可能性）。

- ② 症状の出方に状況依存性（特定の学校行事の前後、叱られた時などにいつも起こる）がある。
- ③ 本人の能力ややりたいと思っていることと周囲（家族、学校、療育スタッフ）の目標との間にギャップがあり、無理をさせられている。

5. 一般小児科医で可能な治療（初期対応）

対応はそれぞれの心身症、心身医学的問題の項に準ずる。

6. 専門機関紹介時に必要な説明事項と紹介方法

専門機関への紹介が必要なのは、(1) 学校などの環境調整が必要（周囲の障害理解が不十分で患児に過大なストレスがかかっている）、(2) 患児に対し遊戯療法や行動療法など専門的な心身医学的治療が必要（一般小児科的治療で症状の改善が得られず、患児の緊張、ストレス状態が持続している）、(3) 家族のストレス度が高く、母親のカウンセリングやレスパイトケア（障害児の一時あずかりなどで家族が休息すること）の利用が必要、などの場合である。普段身体ケアを行っている小児科医と療育を担当する医師が違っている場合には、積極的に情報交換をし、療育担当医が調整をはかるようにする。

7. 予後

適切な対応がなされれば、一般には予後は良好である。しかし本人に合った発達の課題の調整がなされなければ、身体症状や問題行動が固定化するリスクがある。

III. 障害児の家族の問題

1. 障害の告知と育児支援

障害児の家族支援は、適切な障害告知と、その後の継続した育児支援が中心となる。

子どもの障害を知らされた時の家族の反応は、衝撃、否認、悲哀と怒り、自責、適応、再起という経過をとることが報告されている³⁾。ただし障害受容の過程は障害の内容によっても異なり、確定診断が困難である発達障害（自閉症、ADHDなど）では、家族は障害の否定と肯定を繰り返す過程を体験するともいわれる⁴⁾。障害告知において、医師には、家族の衝撃と混乱についての配慮と、的確な評価と見通しを示せるだけの障害に関する知識がなければならない⁵⁾。母親が子どもの運動や言語の遅れなどで悩んでいる場合は、安易に「だいじょうぶ」「様子をみよう」などと時期を遅らせることなく、発達の診断ができる機関に紹介することが大切である。乳幼児では、乳幼児健康診断の発達二次スクリーニング（保健所で行う発達クリニックなど）、就学後は、療育センターなどの地域の療育拠点施設（都道府県に1ヶ所）、発達専門の外

表1 主な在宅障害児福祉施策・サービス

早期発見 早期療育	<ul style="list-style-type: none"> ・乳幼児健康診査（市町村） ・相談指導～発達クリニック（健康福祉センター・児童相談所） ・障害児保育 ・通園施設 ・総合療育センター・心身障害児総合通園センター
福祉サービス	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅サービス～デイサービス・ホームヘルプ（市町村） ・ショートステイ（児童相談所） ・補装具・日常生活用具の給付（市町村） ・相談事業（児童相談所・地域療育等支援事業コーディネーター） ・身体障害者手帳交付（市町村・健康福祉センター） ・療育手帳交付（児童相談所）
手当等	<ul style="list-style-type: none"> ・特別児童扶養手当（市町村） ・障害児福祉手当（市町村）

来を持つ小児科（開業クリニック，総合病院，大学病院など），教育相談（教育委員会）へ紹介する。

一方，母親にはさまざまなストレスがある（育児不安，障害を持つ子どもに対する自責の念，訓練通所の負担，自身の自己実現の時間がないなど）。そして，就学，思春期など子どものライフサイクルに応じた新たな悩みも生じる。家族のメンタルヘルスのためには，療育機関スタッフによる家族のニーズに合ったサービス，親の会などセルフヘルプグループの利用⁹⁾，レスパイトケアを含む福祉サービスの利用が重要である（図1参照）⁷⁾。これらの援助についての相談は，療育機関（特に地域療育など支援事業コーディネーター）や児童相談所に問い合わせるとよい。

2. 同胞について

障害児の同胞のメンタルヘルスは見過ごされやすい。特有の問題として，障害児である子どもに母親の目が向きやすいので寂しい思いをする，家事の負担がかかる，学校でいじめにあうなどが指摘されている⁸⁾。障害児の同胞の身体症状や行動の問題についても，背景となる心理的要因に注意する必要がある。同胞である子どもにもストレスがかかりやすいことを家族に知ってもらい，家族全

体で子どもをみていけるように援助できるとよい。

文 献

- 1) ぼれぼれくらぶ編. 今どきしょうがい児の母親物語. 東京: ぶどう社, 1995.
- 2) 長和彦. 障害児と心身医学的アプローチ. 小児内科 1999; 31: 681-684.
- 3) Drotar D et al. The adaptation of parents to the birth of an infant with a congenital malformation: A hypothetical model. Pediatrics 1975;56:710-717.
- 4) 中田洋二郎他. 親の障害認識の過程—専門機関と発達障害児の親の関わりについて—. 小児の精神と神経 1995; 35: 329-342.
- 5) 玉井真理子. 「障害」の告知の実態—母親に対する質問紙調査の結果および事例的考察—. 発達障害研究 1993; 15: 223-229.
- 6) キッズエナジー編著. 難病の子ども情報ブック. 東京: 東京書籍, 2001.
- 7) 江草安彦監修, 岡田喜篤他編. 重症心身障害療育マニュアル. 東京: 医歯薬出版 1998.
- 8) 山本美智代他. 障害児・者の「きょうだい」の体験—成人「きょうだい」の面接調査から—. 小児保健研究 2000; 59: 514-523.

(汐田まどか)

12-5 社会精神医学

近年、問題となっている児童虐待や思春期・青年期の問題行動、犯罪などの問題は「社会精神医学」としてとらえられているが、その本質は、乳幼児期からの発達における社会化不全あるいは愛着障害にあると考えられている。社会精神医学的問題は幅広くそれぞれの対処方法も異なるが、臨床医の留意すべき共通の事項と対応について述べる。

キーワード

児童虐待，マルトリートメント，ネグレクト，初期対応，保健師

I. はじめに

本稿の目的は、児童虐待および子どもの暴力、反社会的行動への対応として、一般小児科医を受診する際の主訴、理学的所見、診断基準および評価法、予後、一般小児科医で可能な治療（初期対応）、専門機関紹介時に必要な説明事項および紹介方法などを示すことにある。現在、児童虐待・行為障害・非行の問題は、その問題の本質的な研究により、社会化不全：Socialization Failuresあるいは愛着障害：Attachment Failuresとして考えられるようになってきた。わが国では正常発達としての社会化の理論についても総括的に述べた論文も少なく¹⁾、ここでは字数の関係より詳述できないため、我々一般小児科医で経験する段階での状態につき一括して述べる。

II. 受診時の主訴と所見

一般小児科医を受診する際の主訴および理学的所見としては下記のものが多い。

①栄養不良（体重増加不良/減少・小柄・るいそう）、②原因不明あるいは発達の流れが不規則な種々の発達遅延、③湿疹・睡眠の問題・摂食行動などを必要以上に気にし、養育者に通常の説明をしてもなかなか納得しない、④遺尿・遺糞・気管支喘息・反復性尿路感染症・チック（2次性）・脱

毛など、⑤繰り返す外傷、⑥不衛生（あかまみれ・ひどいオムツかぶれなど）、⑦不適切な衣服（季節はずれ・性別不明など）、⑧持続する疲労感/無気力（触れられることを嫌がる、凍てついた眼/活動性の低下）、⑨家に帰りがたらない/繰り返す家出・浮浪/食物を主とした盗み、⑩多動/過度の乱暴/注意を引く行動、⑪繰り返す異食行動（むさぼり食い/過食/拒食）⑫不登校、⑬物質常用、⑭逸脱した性行動、⑮暴走行為、⑯家庭内・学校内暴力、⑰いじめ（加害者・被害者の両方）。

以上のような主訴で来院した時は、鑑別診断の片隅にマルトリートメント（Maltreated Child）の可能性を必ず浮かべながら、まず身体的な問題がないか丁寧に診察を行う。その際、主訴に対する今までの養育者のかかわりのあり方を確認しながら、①養育者の子どもの発達に関する一般的な知識と気になる問題に対する取り扱いの技術の程度、②それまで受けてきた子どもに対する助言への養育者の理解の程度と助言の受け入れの仕方に偏りや思いこみの強さの有無、③養育者の説明では医師として理解しにくい所見（引っ掻き傷・点状出血・紫斑・外傷の後）の有無をチェックしながら、初期対応として基本的には養育者の主張を尊重し、よく聞きながら診察を続ける。

同時に、母子手帳を必ず利用しながら次のことを確認し、養育者を問いつめるような印象を与え

ないよう、さらっとした態度でカルテに記載する。
 ①父親・母親の名前、生年月日（書いてなかったり、消したりしているものもある）、②母親の仕事の有無、③妊娠中の産科の受診の仕方と問題の有無、④流産や早産の傾向があれば、その時の思いを「それは大変だったね～!？」などの言葉かけをしながら聞いていく、⑤出生時の状況、⑥生後3～4ヶ月までの授乳の仕方や睡眠パターン、⑦その後の乳幼児健診の受診状況や予防接種の接種状況を確認しながら、養育者が子どもの状態をどのくらい把握しているか、⑧最後に発育曲線に必ず体重をプロットしながら、標準体重範囲内であっても落ち込みや停滞がないかを見る、⑨たとえ短期間であっても保育園や幼稚園に在籍していないかを確認しながら、園内で気になることがなかったかを聞いていく。

以上のことを通して、今までの子育てに困難感があるかどうかを医師の何か変だなを感じるための直感を使いながら、必要に応じて詳しい話を別の時間にとるかどうかを決定する。この段階で重要な養育者に対する医師の態度は、「虐待が疑われてもそれを指摘せず、育てにくい子どもをこまめに育てた養育者の労をねぎらいながら、上記の状態をあくまで子ども自身の問題として扱い、次の外来フォローを決めたり、付き添いを拒む養育者が結構多いため、可能であれば必要に応じて親子分離して入院させる」ことである。

外来フォローとした場合は、必ず市町村保健師に連絡し乳幼児健診受診時の状態を確認したり、保健師を通して児童民生員に近所での評判などを

確認してもらい、言葉に配慮しながら保育所、幼稚園に連絡を取る。また、より重篤な場合は、保健所保健師もしくは児童相談所に直接連絡をとり、マルトリートメントや虐待の可能性を伝え、通告者自身の保護をしてくれることを確認しながら状況の説明をする。必要に応じ、児童相談所もしくは保健所主体で、地域の児童虐待のネットワーク会議を開いてもらい、対応を協議する。医師の仕事は、所見の報告と何故虐待を疑ったかを明確にすることである。慣れない場合は、事実をありのまま報告するだけでよく、判断は専門員にゆだねるようにする。

学齢期の場合は、学校との連携が不可欠であり、かつほとんどの事例で、程度の差こそあるが、学校側も何らかのかかわりをそれまでに持っていることが多い。重篤度にもよるが、原則それまでの学校の対応の方法を尊重しながらbetter changeを目指すようにする。このような活動を行うときも医師が地域の現状を把握しておく必要性が高いので「総論6-1. 広義の心身症専門機関の探し方」をご覧ください。

文 献

- 1) 井上登生. 子どもの心の発達 (1) 乳幼児期. 第3回「子どもの心」研修会前期講演集 2001: 5-19.

(井上登生)

12-6 災害時の心のケア

子どもにおいては、心理的ストレスが身体症状や行動の変化として表現されることが多くなる。災害時の心の反応には、いわゆるPTSDに見られる症状以外にもさまざまな反応が認められ、年少児では嘔吐・腹痛・夜尿などの身体症状や親との分離不安、退行などが目立つことも多い。的確なアドバイスをするためには、どのような状況がストレスになっているかを知ることが重要である。子どもがこれまでと違った行動をしても異常なこととはとらえず、むしろ当たり前の反応であることを親に理解してもらうことが大切となる。子どもの心の回復には子どもが安心することのできる環境が不可欠で、それにはまわりの大人の安定がまず必要で、子どもを持つ家族全体を多面的に支援する必要がある。

キーワード
 災害、喪失体験、退行、分離不安、PTSD（心的外傷後ストレス障害）、
 家族支援、過覚醒状態、トラウマ体験

I. 災害時の心の反応

子どもは心身が未分化であるため、心理的ストレスが身体症状や行動の変化として表現されることが多くなる。年齢により反応も異なり、乳幼児では災害の正体も分からず、不安が強くなり、学齢以上でははっきりとした身体症状や精神症状も認められるようになる。（表1参照）

災害時に子どもたちが受ける心理的ストレスには、

- ① 恐怖体験によるもの
- ② 喪失体験によるもの
- ③ 罪悪感によるもの
- ④ 生活の変化によるもの
- ⑤ 家族の変化によるもの
- ⑥ 友人関係の変化によるもの

などがある。恐怖体験によるものでは、交感神経の亢進からくる不眠などの過覚醒状態や、恐ろしい記憶からくる不安感にともなう身体症状などが挙げられる。喪失体験によるものでは、愛着の対象を失った心理的な苦痛に対処する過程でのさまざまな身体症状や、うつ状態にともなう自律神経症状などが挙げられる。また子どもは死の概念が

曖昧であるため、喪失を自分のまわりの環境に生じた変化で判断し、時として自分が原因と考えることがあるため、注意が必要である。このように、どのような状況がストレスになっているかを知ることによって、的確なアドバイスができるようになる。

これらの反応は通常は最初の数週間で軽快するといわれているが、1ヶ月以上持続したり、数ヶ月の潜伏期を経て現れたり、長期的な問題を引き起こしたりすることもある。また、元々精神的に不安定であった子どもほど災害による影響を受けやすく、普段から子どもの精神保健の充実を心がけることが大切である。

II. 心的外傷後ストレス障害（PTSD）について

生命に危険を感じるような体験（トラウマ体験）をした後に、その体験を思い出して恐くなったりそのような状況を避けようとしたり、反応が乏しくなったり緊張状態が強くなるということは、大人だけではなく子どもにとっても当然のことである。しかしそれらが強すぎたり長引きすぎたりして、日常生活の支障となる状態にまでひどくなる

表1 災害後に認められる反応

- 1) 感情が麻痺したようになる。
- 2) 食欲がなく、何もする気が起こらなくなる。
- 3) 感情的に高揚する。
- 4) 災害に関連するものを避けようとする。
- 5) 災害遊びや悪夢などで災害時の体験を想起し不安になる。
- 6) 不眠・夜泣き・落ちつかない・いらいらする・小さな物音に驚くなど過度に覚醒する。
- 7) 甘えがひどくなったり、遺尿などの退行（赤ちゃん返り）をするようになる。
- 8) 登園しぶり・後追いなどの分離不安を示す。

と“障害”（PTSD）ということになり、援助が必要である。このような状態になるのは災害の程度・種類にもよるが、子どもでは数%～数10%程度と考えられている。

どのような体験であれば生命の危険を感じるかについては個人差が大きく、子どもの場合、大人の目から見るとそれほどでもないことでもトラウマとして心に残る場合があるため、注意が必要である。また逆に、危機的な体験がすべてトラウマとして認識されるわけではなく、危機的な状況にあっても、保護的な環境下であり安全感がある程度得られていれば、トラウマ体験は必ずしもトラウマとして子どもの心に残るわけではないともいえる。

PTSDの症状として特徴的なものとしては

- ① 悪夢・フラッシュバックなどトラウマの持続的な再体験
- ② トラウマを連想させる状況からの持続的な回避と無感情など反応性の鈍麻
- ③ 不眠・易刺激性・集中困難・過度の警戒などの覚醒の亢進

の3つが挙げられ、アメリカ精神医学会診断基準・第4版（DSM-IV, 1994）ではそれらすべてが1ヶ月以上持続し、臨床的に著しい苦痛または社会的な機能の障害を引き起こしていることが条件となっている。子どもの場合、①については、その災害に関する遊びに没頭する、その災害に関する話ばかりするなど、②については、その災害に関することを聞くのを嫌がる、友達と遊ばなくなるなど、

③については、喧嘩ばかりする、小さな物音にも驚くなどの行動の変化として認められる。

年少児のPTSDについては明確でない点が多いが、嘔吐・腹痛・夜尿などの身体症状や親との分離不安、退行などが目立つことが多く、これらの症状が参考となる。

III. 初期対応（表2参照）

子どもがこれまでと違った行動をしても異常なこととはとらえず、むしろ当たり前の反応であるということを、まず親に理解してもらうことが大切である。子どもは不安な気持ちを遊びの中で表現したり、絵に描いたり、話をしたりすることで整理し、親にしっかりと受け入れてもらっていると感ずることで、異常な体験を過去の記憶として処理していく。身体的な接触を十分に行い、安心して表現できる場を多くし、無理に表現させるのではなく表現しやすい状況を整えることが必要である。身体症状は不安や怒りや罪悪感などから自分を守るための反応であり、退行や分離不安は子どもが基本的信頼を確認し安心感を得るための反応である。身体症状を認め、痛みなどを共感し、退行や分離不安を十分に受け入れてあげることが重要である。むやみに励ますことは逆効果になる。恐ろしい体験をした後には時間の概念が曖昧になりやすいため、「恐ろしい体験は過去のものであり、今は安全である」ことを十分に認識させることが大切である。乳幼児の場合には、親やまわりの大人たちに子どもをしっかりと抱きしめて、できるだけ一緒にいてあげるように指導していく。また親も被災者である場合が多く、親自身の悩みに耳を傾けることも大切で、親を支えることが子どもの

表2 災害後の子ども対応の原則

- 1) 親に安心感を与える。
- 2) 子どもが表現しやすい状況を整える。
- 3) 子どもの身体症状を認める。
- 4) 子どもの退行・分離不安を受け入れる。
- 5) 子どもに安全感を与える。
- 6) 家族全体を支援する。